

Le diagnostic du cancer iléo-cæcal

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 22 JUIN 1943

par

Jean FISCHER

Né à Strasbourg (Bas-Rhin), le 22 Mars 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BAUMEL, professeur, <i>président</i> .	{	<i>assesseurs.</i>
		PAGES, professeur.		
		ROUX, agrégé.		
		HARANT, agrégé.		

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1943

Le diagnostic du cancer iléo-cæcal



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 98

Le diagnostic du cancer iléo-cæcal

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 22 JUIN 1943

par

Jean FISCHER

Né à Strasbourg (Bas-Rhin), le 22 Mars 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BAUMEL, professeur, <i>président</i> .	{	<i>assesseurs.</i>
		PAGES, professeur.		
		ROUX, agrégé.		
		HARANT, agrégé.		

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.	BAUMEL.
Microbiologie.	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{re} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N.
Clinique ophtalmologique.	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie. MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tuberculose. VIDAL, <i>professeur</i>
Microbiologie. CARRERE, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurg. MOURGUE-
Histoire nat. méd. HARANT, <i>agrégé</i> .	MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie. HARANT, <i>agrégé</i> .	— TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médic. BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
— BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opératoire ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements. CADERAS
Clinique interne PUECH, <i>profess.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>
Clinique des mala-	Stomatologie. HOUPERT, <i>Dr en Méd.</i>
dies contagieuses. JANBON, <i>profess.</i>	

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine. P. RIMBAUD.	Chirurgie. MOURGUE-
— BOUCOMONT.	MOLINES
— BERT.	— GUIBAL.
— LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	— ROUX.
Chimie. MONNIER.	Urologie. TRUC.
Bactériologie. CARRERE.	Accouchements CADERAS
Histoire nat. méd. HARANT.	de KERLEAU.



A MES PARENTS

Faible gage de mon affection.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN BAUMEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE 1914-1918
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ET DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

*Qui a bien voulu m'inspirer
le sujet de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma profonde
gratitude.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

Le diagnostic du cancer iléo-cæcal

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Depuis les premières observations de Dance, en 1832 (*Archives générales méd.*), de Roulland, en 1840, de Barth et Lefeuvre en 1867, l'étude du cancer de la valvule iléo-cæcale a été l'objet, autant en France qu'à l'étranger, de nombreux travaux. En 1878, en effet, Leube et Leichenstein consacrèrent une étude à cette question dans le *Traité de pathologie* de Ziemmsen. En 1882, du Castel, dans les *Archives générales de Médecine*, rapporte cinq cas observés dans le service de Potain. Lejars, en 1897, publie dans la *Semaine médicale* un important travail sur les invaginations intestinales survenues dans onze cas de sténose néoplasique valvulaire. Citons encore, en 1900, un article de De Bovis, dans *La Revue chirurgicale*, les thèses de Lecène sur les cancers du grêle et de Dumarest sur les cancers du cæcum; enfin et surtout en 1913, la publication (*Société médicale des Hôpitaux et Paris médical*) du travail de Paul Carnot et Jacques Dumont, et en 1917, la thèse de leur élève Cugnier — travaux par lesquels furent, pour la première fois, individualisées les formes iléales et les formes cæcales du cancer valvulaire.

Ces derniers auteurs, en effet, suivant la localisation primitive du néoplasme, suivant son point de départ,

distinguent deux formes anatomiques du cancer iléo-cæcal, une forme iléo-valvulaire et une forme cæco-valvulaire. A ces deux formes anatomiques correspondraient, selon eux, deux types cliniques bien distincts : la forme iléo-valvulaire ayant une tendance marquée aux invaginations et provoquant une occlusion lente avec épisodes d'obstruction aiguë, donc forme essentiellement sténosante, la forme cæco-valvulaire, tumorale, dont la symptomatologie est la même que celle du cancer du cæcum, n'ayant au contraire que peu de tendance aux obstructions aiguës ou chroniques.

Nous n'entreprendrons point dans la présente thèse d'exposer et de discuter en détail les critiques dont ces derniers travaux furent l'objet. Plusieurs auteurs, Jean Gosset en particulier, dans son ouvrage *Les cancers du côlon droit*, insistant sur la rareté du cancer strictement valvulaire et faisant remarquer qu'en fait la forme cæco-valvulaire ne peut être distinguée du cancer du cæcum, mettent même en doute l'existence de la forme iléo-valvulaire.

Nous laisserons volontairement et volontiers de côté l'exposé de ces discussions, pour ne considérer le cancer iléo-cæcal que sous l'angle du diagnostic, c'est-à-dire d'un point de vue essentiellement pratique.

En effet, si le cancer de la valvule de Bauhin est une affection relativement rare, au regard des autres cancers du tube digestif, notamment de ceux du gros intestin (quatre cas sur cinquante observations dans la thèse de Jean Gosset, Paris, 1933) et s'il est loin d'avoir la même fréquence que les autres cancers orificiels, il n'en reste pas moins redoutable, à cause d'une part de son évolution longtemps silencieuse, d'autre part de la gravité et de la soudaineté de ses complications.

Il ne peut échapper à personne que l'intérêt du diagnostic d'un cancer, quel qu'il soit, réside dans sa précocité, car seul le diagnostic précoce permet une thérapeutique active. C'est donc avant la période des complications qu'il importe, autant que possible, de faire le diagnostic, si toutefois le malade vient consulter avant cette période. Nous verrons, au cours de notre étude, que l'examen clinique seul ne permet pas de poser un diagnostic précoce, vu la pauvreté, la banalité des signes subjectifs et objectifs du cancer iléo-cæcal au début. Ce n'est donc que par l'examen radiologique systématique de tout malade suspect de cancer que l'on pourra espérer obtenir des renseignements précis. C'est pourquoi nous avons fait une large place, dans notre étude, au diagnostic radiologique qui, seul, quoique dans un certain nombre de cas seulement, permet de rattacher à leur véritable cause les troubles, souvent trop vagues, qui amènent les malades à consulter le médecin.

Enfin, nous avons jugé qu'il convenait, pour la clarté de notre travail, d'adopter un plan qui, tout en restant aussi près que possible de la réalité, nous permit d'exposer avec méthode la symptomatologie du cancer de la valvule de Bauhin. C'est pourquoi nous avons, pour le diagnostic clinique, considéré deux cas, le malade pouvant être vu, soit à la période de début (et nous verrons que le diagnostic est rarement fait à cette période), soit à la période d'état, qui est aussi le plus souvent celle des complications.

Nous étudierons, au fur et à mesure, pour chacune de ces deux éventualités cliniques, la symptomatologie, les signes physiques et le diagnostic différentiel, réservant au diagnostic radiologique — étant donné son importance — un chapitre spécial.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

PERIODE DE DEBUT

Cette partie de notre exposé sera nécessairement courte car, comme nous l'avons dit précédemment, *le diagnostic précoce*, étant donné l'absence de signes cliniques caractéristiques du début du cancer iléo-cæcal, *ne peut être que radiologique*.

Il convient, toutefois, de passer rapidement en revue les divers symptômes présentés habituellement par les malades à cette période, du moins ceux qui sont le plus fréquemment mentionnés dans les observations que nous avons pu recueillir et que la plupart des auteurs ont décrits. Ces symptômes, *en tant que prétexte à un examen complet* (et en gastro-entérologie il n'est pas d'examen complet sans examen radiologique) pourront mettre indirectement le médecin sur la voie du diagnostic. Mais c'est là, malheureusement, une éventualité encore assez peu fréquente.

En effet, les malades qui viennent consulter à cette période, se plaignent, généralement, de troubles fonctionnels aussi variés et divers que possible et ce n'est que très exceptionnellement qu'ils attireront l'attention du médecin sur la région iléo-cæcale.

Souvent, ainsi que nous avons pu le relever dans un certain nombre d'observations, il s'agit d'un malade ayant dépassé la quarantaine dans la majorité des cas,

présentant des *troubles de type dyspeptique* et se plaignant de nausées, de ballonnement, de vomissements après les repas. Plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur le fait que, fréquemment, ces troubles survenaient par *crises*, et c'est alors, bien souvent, le diagnostic de lésion gastrique qui est porté en raison de cette périodicité. D'autres fois, la localisation, le type et la modalité de la douleur, associée aux nausées, aux vomissements périodiques, pourront faire penser plutôt à une lésion vésiculaire.

Enfin, très souvent aussi, le malade se présente à la consultation non plus pour des troubles dyspeptiques, mais pour des troubles intestinaux à type de *diarrhée* ou de *constipation*. Dans le premier cas il s'agit ordinairement d'une réaction de colite que l'on trouve souvent associée au cancer à cette période, et le diagnostic s'égagera évidemment dans ce sens; dans le second il s'agit soit de phénomènes de stase, soit de troubles spasmodiques provoqués par la lésion au début. Mais, bien souvent, la constipation est antérieure au cancer, un certain nombre d'auteurs, du Castel en particulier, lui faisant d'ailleurs jouer un rôle étiologique important, aussi est-il impossible d'attribuer à ce symptôme, pas plus qu'à la diarrhée, une valeur diagnostique quelconque.

Là encore, un certain nombre d'auteurs ont relevé la grande fréquence de l'évolution par crises. Périodes de constipation ou périodes de diarrhée, les deux pouvant d'ailleurs alterner, une débâcle diarrhéique succédant alors à la constipation, doivent, lorsqu'elles surviennent chez un malade de plus de 40 ans, éveiller l'attention du médecin qui doit toujours avoir « l'arrière-pensée du cancer ».

Les symptômes que nous venons de passer rapidement en revue doivent d'autant plus éveiller son attention que l'état général du malade semble ne pas correspondre à la bénignité des troubles qu'il accuse. Parfois, c'est un *amaigrissement* progressif considérable, que rien ne semble justifier, qui donnera l'alarme, d'autres fois une *asthénie* qu'accompagne une *anorexie* importante et si l'on a la curiosité, à cause de la pâleur et du teint particulier du malade, de faire une numération globulaire, souvent on constatera une *anémie* importante sans rapport avec des enterrorragies qui, à cette période, sont exceptionnelles. Ces derniers signes généraux semblent surtout être le fait du cancer cæco-valvulaire à forme tumorale, vu le caractère toxique des résorptions qui se font au niveau des tumeurs bourgeonnantes.

SIGNES PHYSIQUES

À la période de début ils sont nuls ou très vagues, et c'est très rarement que l'on pourra réveiller à la palpation de la fosse iliaque droite, sur une zone étendue de dehors en dedans, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic, une légère douleur, ou que l'on trouvera à la percussion un ballonnement central discret ou une submatité de la région cæcale.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le plus souvent impossible sans le secours de la radiologie, il reste, même avec son aide, extrêmement délicat, car on ne trouve pas toujours les images carac-

téristiques qui permettraient de trancher le diagnostic comme nous le verrons dans le chapitre que nous avons réservé à l'étude radiologique.

Généralement à ce stade, les symptômes présentés par les malades et que nous venons de voir, en imposent pour une lésion vésiculaire ou gastrique, à cause des douleurs et des vomissements périodiques, s'il s'agit de troubles à type dyspeptique, pour une colite ou une appendicite chronique s'il s'agit de troubles intestinaux. Dans le premier cas la négativité constante des examens radiologiques ainsi que l'échec des thérapeutiques habituelles pourra, parfois, orienter le diagnostic ; dans la deuxième éventualité, tout au plus peut-on accorder une certaine valeur de présomption (en l'absence d'images radiologiques caractéristiques) à l'apparition chez un sujet âgé de débâcles diarrhéiques succédant à des périodes de constipation, quoique ces symptômes sont loin d'avoir à cette période les caractères si marqués qu'ils prendront à la période d'état.

Ce ne sont donc que quelques rares signes négatifs ou paradoxaux, tel qu'un état général précocément atteint et qu'explique mal le diagnostic qui semble par ailleurs s'imposer, ou encore l'apparition de sang dans les selles en l'absence d'hémorroïdes (signe rare à cette période et particulier aux cancers cæco-valvulaires) qui pourront éveiller l'attention du médecin qui, en cas de doute, doit toujours avoir « l'arrière-pensée du cancer » lorsqu'il s'agit d'un malade âgé, et ne doit jamais s'abstenir d'un examen complet, comprenant, outre des examens de laboratoire parfois utiles, tel que la recherche du sang occulte dans les selles, un examen radiologique complet — car, ainsi que l'a dit J. Gosset en ce qui concerne les cancers du côlon — et ceci vaut égale-

ment pour le cancer iléo-cæcal : « si l'on se persuadait qu'il n'existe au début des cancers du côlon aucune symptomatologie bien définissable, le recours systématique à l'examen radiologique complet deviendrait une règle qui éviterait bien des retards opératoires ».

PERIODE D'ETAT

On distingue classiquement, depuis les travaux de Paul Carnot et Jacques Dumont, deux sortes de syndromes cliniques, chacun d'eux étant particulier à une forme anatomique du cancer de la valvule de Bauhin. A la forme iléo-valvulaire correspond, comme nous l'avons déjà dit, un syndrome de sténose du grêle avec tendance aux invaginations. La forme cæco-valvulaire surtout tumorale est, au contraire, caractérisée par son peu de tendance aux obstructions aiguës ou chroniques et appartient comme symptomatologie au cancer du cæcum.

Nous croyons donc qu'il convient, pour l'étude du diagnostic clinique à la période d'état, de conserver cette classification nécessairement schématique et nous envisagerons successivement un syndrome sténosant, type cancer iléo-valvulaire, et un syndrome tumoral, type cancer cæco-valvulaire.

I. — LE MALADE PRESENTE DES SIGNES DE STENOSE TERMINALE DU GRELE

Cette sténose est le plus souvent progressive, lente, et ce n'est que plus tardivement qu'elle se compliquera

de phénomènes d'obstruction aiguë, complication redoutable qui impose l'intervention d'urgence. Donc, six, huit mois, quelquefois même un à deux ans seulement après l'apparition des premiers troubles fonctionnels de la période de début, le malade viendra consulter pour des *crises de constipation* opiniâtre, résistant souvent même aux purgations, période pendant laquelle il éprouve des *coliques* de plus en plus violentes, jusqu'à ce que survienne après deux, trois, quelquefois seulement huit à dix jours, une *débâcle diarrhéique*.

/ Les crises, tout d'abord, très espacées, se rapprochent de plus en plus pour bientôt former un cycle ininterrompu, à la diarrhée de liquidation durant deux ou trois jours succédant immédiatement une nouvelle période de blocage. Si le médecin assiste à une de ces crises douloureuses survenant pendant la période de constipation, il aura très fréquemment l'occasion d'observer un syndrome qui a été décrit sous le nom de syndrome de Koenig, quoiqu'il semble bien que Koenig ne fut pas le premier à l'avoir étudié et décrit.

En 1878, Leichtenstern écrit, en effet, « un phénomène de grosse importance diagnostique est la visibilité des contours des anses intestinales et de leurs mouvements péristaltiques, sous la paroi. Nous devons considérer ce syndrome, rare au cours des étranglements internes aigus, comme très fréquent au cours des rétrécissements chroniques et qu'il doit être compté parmi les symptômes de sténose intestinale ». Dans un cas de Rendu et Bouley, en 1882, il est noté que des contractions douloureuses s'exacerbaient progressivement, les anses intestinales très grosses se dessinant et faisant saillie sous la paroi, puis un gargouillement bruyant terminait les douleurs. En 1882 également, Matlakowsky

remarque que « l'intestin, assez rempli est animé de mouvements péristaltiques qui déterminent un bruit très particulier ».

Bristove, en 1890, signale dans un cas que les crises douloureuses qui survenaient toutes les dix minutes étaient suivies d'ondulations péristaltiques visibles sur la paroi abdominale, dans un mouvement qu'il comparait à des vagues qui déferlent contre les rochers et qui disparaissent avec un gargouillement très sonore (Swelling and Gurgling). Ce n'est qu'en 1892 que Koenig, dans *Zeitschrift für Chirurgie* coordonne les divers éléments du syndrome qu'il observa dans les cas de sténose intestinale tuberculeuse.

« Souvent surviennent, dit-il, des accès coliques intenses — le ventre se gonfle alors et on voit à travers la paroi les mouvements de l'intestin. Il se produit à ce moment des bruits particuliers de clapotage et de tintement. Le bruit prend finalement le caractère comme si un liquide était poussé dans une seringue. Avec ce bruit le ventre se rétracte et la colique disparaît. Les selles ont l'aspect d'une bouillie. »

Nous voyons donc, d'après les descriptions qui précèdent, que ce syndrome caractéristique de la sténose du grêle que le médecin aura maintes fois l'occasion d'observer dans la forme iléo-valvulaire du cancer de la valvule de Bauhin, pendant les périodes de blocage, est caractérisé par :

a) Une douleur violente à type de coliques, que la moindre excitation interne ou externe de l'intestin, suffit à provoquer, accompagnant...

b) ...des ondes péristaltiques visibles à travers la paroi à la façon « d'un grouillement de serpents sous une étoffe », la paroi abdominale se soulevant en un

point, formant une saillie allongée, sonore à la percussion, puis successivement les zones avoisinantes s'élevant à leur tour et s'affaissant au fur et à mesure en progressant vers la fosse iliaque droite;

c) Enfin un borborygme terminal bruyant produit semble-t-il par le conflit des liquides et des gaz lors de leur passage à travers l'orifice rétréci.

Cette phase annonce la fin de la crise douloureuse. Le malade se calme alors pour quelques minutes ou quelques heures jusqu'à l'apparition de nouvelles coliques devenant progressivement plus douloureuses, jusqu'à ce que survienne une crise extrêmement violente qui se terminera par une débâcle hydro-aérique.

Le syndrome de Koenig qui traduit l'effort que fait l'intestin grêle réagissant à la distension croissante à laquelle il est soumis, pour essayer de vider son contenu, est tellement caractéristique que même s'il ne se déroule pas sous les yeux du médecin appelé auprès du malade, il lui sera généralement facile de le soupçonner par l'interrogatoire.

A l'examen physique on constatera alors très fréquemment un *ballonnement central de l'abdomen avec méplat en guirlande périphérique* qui, pour Paul Carnot, est tout à fait caractéristique. Mais avant lui Leichtenstern écrivait déjà: « pour l'occlusion fin de l'iléon le météorisme est significatif, marqué de préférence au mésogastre ou à l'hypogastre, limité par un affaissement des régions appartenant au côlon ».

Ce signe est le résultat de l'interversion du calibre des différents segments intestinaux provoquée par la sténose: « l'intestin grêle est gros et le gros intestin est grêle » (Carnot).

L'aspect de l'abdomen sera donc tout à fait caractéristique, ballonné au centre « en obusier » contrastant avec l'amaigrissement du malade, il présentera à la percussion de cette région une sonorité, un tympanisme très net.

La palpation qui est douloureuse et réveille fréquemment de nouvelles crises ne permet pas de sentir, à cause de l'énorme accumulation de gaz dans le grêle, la région qui correspond à la sténose. Cette distension centrale de l'abdomen acquiert son maximum au moment des crises douloureuses, mais reste néanmoins très marquée pendant leur intervalle, facilitant ainsi le diagnostic en dehors de celles-ci.

Un autre signe de sténose lente du grêle que l'on trouve assez souvent associé au syndrome précédent et sur lequel Ricard et Albert Mathieu ont attiré l'attention, a été décrit sous le nom de *syndrome de fausse ascite*. Se surajoutant à la constipation progressive, aux nausées, aux vomissements qui à cette période dépassent de beaucoup par leur importance, leur fréquence, les troubles fonctionnels discrets du début, on constatera alors à l'examen physique, outre la distension abdominale et le météorisme accentué qui gêne le malade, la présence à la percussion d'une matité liquidienne déclive changeant avec les changements de position du malade. Elle est due, ainsi que nous le verrons au chapitre du diagnostic radiologique, à l'accumulation dans les anses grêles distendues d'une forte quantité de liquide de stase surmontée de gaz — le syndrome peut en imposer pour une collection libre dans le péritoine (fausse ascite) ou encore faire penser à une volumineuse dilatation de l'estomac ou du côlon avec bruits de clapotage (P. Carnot). L'examen radiologique permettra de poser le diagnostic exact.

Tels sont, avec l'amaigrissement progressif, avec la palpation d'une tumeur (parfois accessible) ou des ganglions voisins infiltrés, avec les hémorragies occultes révélées par l'examen des selles, les principaux signes caractéristiques, qui permettent le diagnostic du cancer iléo-valvulaire avec sténose lente.

Complications

Nous avons déjà cité comme complication fréquente et redoutable de la forme avec sténose lente, l'apparition brusque d'un *syndrome d'obstruction aiguë*. Ce syndrome peut être du soit à un spasme de l'orifice sténosé, soit à l'engagement dans le rétrécissement d'un corps étranger ou d'un bourgeon néoplasique faisant clapet, mais il est surtout lié à *l'invagination de l'iléon dans le cæco-ascendant*.

Lejars, en 1897, dans une étude importante qui fut publiée dans *La Semaine médicale* et portant sur onze cas d'invagination intestinale néoplasique, avait déjà montré la tendance aux invaginations des cancers de la valvule de Bauhin, puisque sur onze cas présentés six relevaient d'une tumeur siégeant au niveau de la valvule. En 1913, Paul Carnot montra que cette tendance était le propre de la forme iléo-valvulaire.

On se trouve alors devant le trépied symptomatique classique de l'occlusion aiguë :

Douleur,

Vomissements,

Arrêt des matières et des gaz, auquel il faut ajouter un signe propre à l'invagination intestinale : l'émission de mucosités sanglantes.

La douleur: Extrêmement vive, elle est tout d'abord localisée à la fosse iliaque droite, ce qui permettra de déterminer le siège de l'occlusion. Mais, rapidement, elle devient péri-ombilicale, diffuse, à cause de la distension des anses grêles, pour revêtir finalement le type de coliques, ce qui traduit les crises de péristaltisme. Au bout de quelques heures les douleurs s'estompent peu à peu, signalant ainsi le début de la parésie intestinale.

Les vomissements: Au début alimentaires ou muqueux, d'origine réflexe et traduisant l'irritation du sympathique abdominal, ils deviennent assez tardivement fécaloïdes. La situation étant alors le plus souvent désespérée.

L'arrêt des matières et des gaz: Il est, en général, absolu, mais on peut avoir quelquefois une évacuation du bout inférieur qui ne doit pas tromper et ne doit surtout pas faire différer l'intervention.

Notons que cette évacuation permet souvent de constater l'existence d'une hémorragie intestinale, rarement abondante d'ailleurs, les selles liquides étant mélangées de mucus et de sang.

A l'inspection: Chez un malade dont le faciès exprime l'intoxication rapide, l'abdomen apparaît excessivement ballonné; c'est un ballonnement central, « le ventre en obusier » dont nous avons déjà parlé. Si on l'examine attentivement on voit sous la paroi des ondes péristaltiques qui meurent toutes en un point fixe de la fosse iliaque droite, et dans certains cas on perçoit même le bruit musical particulier produit par les gaz qui franchissent l'obstacle. On assiste par conséquent à un syndrome de Koenig, mais qui n'aboutira pas à la débâcle diarrhéique libératrice.

La palpation qui doit être pratiquée avec douceur permettra de constater tout d'abord l'absence de contracture abdominale et s'il s'agit d'une invagination, lorsque le ballonnement n'est pas trop important, on pourra sentir dans la fosse iliaque droite ou quelquefois même plus haut, dans l'hypocondre droit, une tumeur allongée, de surface à peu près régulière, lisse, sans bosselure, de consistance élastique plutôt dure et qui peut être mobilisée facilement, correspondant au *boudin d'invagination*.

Le toucher rectal qui doit toujours être pratiqué lorsqu'on se trouve en présence d'un syndrome d'occlusion aiguë, montrera tout d'abord l'absence de tumeur rectale et permettra souvent de ramener quelques mucosités sanguinolentes tout à fait pathognomoniques.

En présence d'un tel syndrome c'est l'intervention d'urgence qui s'impose, mais il est utile pour le chirurgien de déterminer le siège et la cause de l'occlusion qui ne sont pas toujours évidents, la perception clinique de la tumeur abdominale pouvant être plus ou moins franche et souvent floue en raison du météorisme, s'il s'agit d'une invagination, enfin pouvant manquer dans le cas contraire.

Le siège de l'occlusion sera déterminé d'après le moment d'apparition des vomissements, ceux-ci étant relativement précoces dans les occlusions du grêle.

D'après la forme de l'abdomen « en obusier » ou « en ballon de football » caractéristique des occlusions fin du grêle.

D'après le point où meurent les ondes péristaltiques (signe de grande valeur).

Et, enfin, d'après le siège initial de la douleur si on peut le faire préciser par le malade.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Devant un syndrome d'occlusion aiguë survenant chez un sujet âgé, il faudra toujours penser au cancer et essayer de retrouver si possible par l'interrogatoire l'existence préalable d'un syndrome de Koenig. Le diagnostic dans ce cas ne fera pas de doute, l'âge du malade permettant d'éliminer la tuberculose iléo-cæcale à forme sténosante. Mais il sera quelquefois difficile d'obtenir des renseignements précis et il faudra alors passer en revue les différentes causes d'occlusions pouvant survenir chez un malade âgé.

L'exploration des orifices herniaires fera éliminer facilement l'étranglement herniaire. Mais il sera plus difficile d'éliminer le volvulus du côlon pelvien, l'appendicite aiguë et la stase intestinale du vieillard et souvent le diagnostic ne sera fait qu'au cours de l'intervention.



A côté du syndrome de sténose que nous venons d'étudier, qui correspond à la forme iléo-valvulaire du cancer de la valvule de Bauhin, existe un syndrome qu'il est bien difficile d'opposer d'un seul mot au précédent, étant donné les aspects multiples qu'il peut revêtir — c'est le syndrome particulier à la forme cæco-valvulaire qui, ainsi que l'a dit Paul Carnot lui-même, ne se différencie pas du cancer du cæcum. Nous l'appellerons, faute de mieux : *syndrome tumoral cæco-valvulaire*.

II. — SYNDROME TUMORAL CÆCO-VALVULAIRE

Très souvent silencieux et ne se manifestant longtemps que par des symptômes assez peu significatifs, le cancer cæco-valvulaire ne sera soupçonné *avant l'apparition de la tumeur* qu'en présence de la ténacité et de l'accentuation des troubles fonctionnels et des signes généraux de la période de début.

L'état général du malade, qui peut être gravement atteint, peut, à lui seul, attirer l'attention du médecin, constituant ainsi un véritable *signe d'alarme*.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que cette altération de l'état général était provoquée par les résorptions toxiques et septiques qui se font au niveau des tumeurs bourgeonnantes — à cette cause s'ajoute la précocité des complications infectieuses du cancer cæco-valvulaire. Le faciès du malade qui pourra d'emblée éveiller l'attention sera donc très fréquemment un *faciès d'infecté* et il ne sera pas rare d'apprendre que le malade présente parfois de petites poussées fébriles. A cela s'ajoute l'asthénie et l'amaigrissement considérable.

Signalons, enfin, que, très souvent, on se trouve en présence d'un véritable syndrome d'anémie pernicieuse (Lereboullet), le cancer colique droit étant, avec le cancer gastrique, la localisation digestive qui donne le plus volontiers des tableaux anémiques.

Les troubles fonctionnels que signalera le malade pourront être comme à la période de début de deux types : type dyspeptique ou type intestinal. Nous n'insisterons pas sur les troubles dyspeptiques qui sont les

mêmes qu'au début : nausées, vomissements, ballonnement épigastrique après les repas, anorexie, et qui, malgré leur importance, leur durée, n'ont guère de valeur diagnostique.

Rappelons simplement que leur apparition chez un sujet âgé et à plus forte raison leur résistance au traitement médical institué, doit faire soupçonner l'existence d'un cancer, suspicion qui rend nécessaire l'examen radiologique complet.

De plus grande valeur diagnostique sont les troubles fonctionnels intestinaux qui ont tout au moins le mérite d'attirer l'attention du médecin sur le gros intestin. Tantôt ce sont des *douleurs* dans la fosse iliaque droite, souvent vives, irrégulières, quelquefois rythmées par les repas avec parfois des irradiations caractéristiques dues aux compressions nerveuses rétro-cæcales, vers le pli inguinal, la région lombaire, dans le territoire du fémoro-cutané, du crural (une parésie du membre inférieur droit fut ainsi signalée par Desmaret).

Tantôt c'est une modification des selles qui attirera l'attention et on a beaucoup insisté sur la fréquence de la *diarrhée*. Celle-ci peut être légère, sans aucune particularité ou bien, au contraire, être extrêmement intense et donner parfois un véritable *syndrome dysentérique* avec émission de glaires et de sang. En tous cas, elle est toujours remarquable par sa persistance et doit, lorsqu'elle survient chez un sujet âgé, faire soupçonner au même titre que les hémorragies intestinales, un cancer du gros intestin.

Cette diarrhée peut, d'ailleurs, être entrecoupée de périodes de constipation ; la constipation isolée semblant assez peu fréquente dans ces formes.

A l'examen physique, deux éventualités :

1° *On ne trouve rien* — tout au plus remarque-t-on que la fosse iliaque droite est moins dépressible qu'à gauche.

En présence de tels signes on ne peut, évidemment, pas porter de diagnostic ferme.

Les examens complémentaires, numération globulaire et recherche des parasites et du sang dans les selles, qui révéleront l'anémie, la leucocytose, une réaction de Weber et Meyer positive, et la négativité des examens parasitologiques, s'ils confirment le soupçon du cancer seront eux-mêmes insuffisants pour l'affirmer et souvent, en fait, ce sont les diagnostics d'appendicite chronique (diagnostic de fréquence dans les syndromes de la fosse iliaque droite) de colite, de typhlite, qui sont portés. Seul, dans ce cas, l'examen radiologique, dans la mesure où il montre des images caractéristiques, permet un diagnostic de quasi-certitude.

2° *On trouve une tumeur* — le diagnostic étant alors beaucoup plus facile et risquant moins de s'égarer. Cette tumeur située plus ou moins haut dans la fosse iliaque droite, souvent attirée, du moins au début, en haut et en dedans vers l'ombilic par la rétraction du méso, peut être de volume variable, allant de celui d'une mandarine à celui de deux poings réunis. Elle est, généralement, de consistance dure, souvent un peu sensible et ses contours peuvent être assez bien délimités. Toutefois, si ses bords externe et inférieur sont nets, ainsi que le bord supérieur, il n'en est pas de même du bord interne qui est diffus, mal limité à cause de l'atteinte des masses ganglionnaires à ce niveau. Elle peut être plus ou moins mobile ou, au contraire, complètement fixée sur la paroi postérieure, la précocité de la fixation dépendant de l'élément infectieux. C'est alors le

diagnostic différentiel des tumeurs de la fosse iliaque droite qu'il faut faire.

*Diagnostic différentiel
des tumeurs de la fosse iliaque droite*

Il convient, en premier lieu, d'éliminer les tumeurs qui ne siègent pas sur le cæcum. Nous ne citerons ici que pour mémoire un procédé qui fut imaginé par Koerte et Sonnenburg, l'insufflation du gros intestin, la tumeur, si elle est cæcale, se trouvant de ce fait soulevée.

Pratiquement, il n'est guère que *l'ectopie du rein* (normal ou pathologique) qui puisse prêter à confusion, les tumeurs pariétales et annexielles étant, en général, facilement éliminées. Mais les contours de l'organe peuvent être aisément reconnus, il suffira d'y penser. De plus, si l'on met le malade en position de Trendelenburg, on voit disparaître la tumeur. Enfin, dans les cas douteux, l'examen de l'appareil urinaire fait faire le diagnostic.

Reste à éliminer les affections non cancéreuses du cæcum. On doit penser à la tuberculose cæcale et à la possibilité d'une tumeur inflammatoire développée autour du cæcum ou de l'appendice.

La tuberculose cæcale

Elle se différencie des lésions cancéreuses cæcales par les caractères suivants: elle frappe surtout les adultes jeunes et pendant très longtemps respecte l'état général du malade, ce qui constitue un signe distinctif précieux, étant donné, au contraire, la précocité et l'importance de l'atteinte de l'état général dans le cancer.

Notons encore comme signes distinctifs secondaires la plus grande fréquence du mælena et de la diarrhée dans le cancer, mais ce sont là des signes de moindre valeur.

Nous verrons au chapitre *Diagnostic radiologique* que l'image donnée comme caractéristique de la tuberculose cæcale, l'image de Stierlin, peut également être trouvée lorsqu'il s'agit de cancers cæcaux, ce qui n'est pas pour faciliter le diagnostic.

Les tumeurs plastiques inflammatoires, dont la cause est habituellement l'appendicite subaiguë ou chronique, plus rarement la typhlite, peuvent également prêter à confusion. D'autant plus qu'elles sont fréquentes chez le vieillard et que, d'autre part, le cancer cæco-valvulaire se complique souvent d'infection péri-néoplasique. Leur évolution est lente, insidieuse, mais généralement moins régulière que celle du cancer, car, plus fréquemment coupée d'épisodes aigus avec poussées fébriles. On peut même observer des phases de régression pendant lesquelles la tumeur diminue considérablement de volume. Notons, enfin, que l'état général du malade est, le plus souvent, beaucoup moins atteint que dans le cancer. Il n'en reste pas moins que les tumeurs plastiques inflammatoires de la fosse iliaque droite sont très difficilement différenciées des lésions cancéreuses cæcales, d'autant que les images radiologiques peuvent ressembler à s'y méprendre à des aspects néoplasiques.

COMPLICATIONS

Il arrive assez fréquemment que le cancer cæco-valvulaire évoluant de façon insidieuse, ne se révèle que par une de ses complications. Il s'agit alors, exceptionnelle-

ment, d'accidents d'occlusion hormis le cas rare d'invasion par retournement cæcal. Ce sont les *complications infectieuses* qui sont au premier plan l'infection périnéoplasique, faisant rarement défaut. Dans les cas les plus discrets, en effet, celle-ci se manifeste par de petites poussées fébriles et à l'examen du sang par une leucocytose plus ou moins importante. Après une période de latence plus ou moins longue la température s'élève et une réaction péritonéale se dessine avec nausées, constipation, contracture localisée et empatement de la fosse iliaque droite.

Cette période d'infection évoluera vers la constitution d'un *abcès périnéoplasique*: postérieur, donnant alors lieu à du psoïtis, latéro-cæcal ou antérieur. Ces abcès, qui peuvent être aigus ou torpides, sont en tous points comparables aux suppurations appendiculaires et très souvent d'ailleurs le diagnostic s'égarera dans le sens de l'appendicite. D'où la règle de toujours se méfier lorsqu'une masse inflammatoire de la fosse iliaque droite apparaît chez un sujet âgé.

On a également signalé comme complications du cancer cæco-valvulaire l'hémorragie intestinale grave et la péritonite généralisée par perforation, soit perforation de l'intestin par le cancer lui-même, soit perforation diastatique en amont. Mais ces complications sont moins fréquentes que les précédentes.

LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Nous avons eu maintes fois l'occasion, au cours de notre étude, de signaler son importance. En effet, l'examen clinique étant le plus souvent négatif et ne permettant de formuler dans la majorité des cas qu'un diagnostic de présomption, c'est de l'examen radiologique seul qu'on pourra attendre un élément de certitude. Mais nous constaterons au cours de ce chapitre que, malheureusement, pour un nombre encore assez élevé de cas la radiologie elle-même reste hésitante.

L'examen radiologique peut être fait :

- 1° sans préparation ;
- 2° après ingestion d'un repas opaque ;
- 3° après lavement opaque.

Il est utile, sinon indispensable pour le diagnostic du cancer de la valvule iléo-cæcale, d'associer ces trois modes d'exploration, car chacun d'eux peut apporter des renseignements importants, qui permettront de localiser exactement la lésion. Signalons, toutefois, que l'examen par ingestion d'un repas opaque ne pourra pas toujours être pratiqué, malgré son grand intérêt, son emploi n'étant pas sans danger lorsqu'il existe une sténose serrée et devant être systématiquement rejeté pendant les crises occlusives.

Notons, enfin, qu'il est d'un grand intérêt pratique d'associer l'examen radioscopique et l'examen radiographique, le premier permettant d'étudier la motricité

intestinale et de mieux apprécier les anomalies de progression de la bouillie barytée.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE SANS PRÉPARATION

Il révélera souvent, dans le cas d'un *cancer iléo-valvulaire*, soit une simple distension gazeuse des anses grêles, soit une image plus caractéristique de la sténose iléale. Il s'agit, alors, de la projection d'une série de niveaux horizontaux étagés, lignes de séparation entre des liquides et des gaz retenus dans un certain nombre d'anses intestinales distendues. Il y a, a-t-on dit en décrivant cet aspect particulier « eau et gaz à tous les étages ». La constatation d'une pareille image permettra déjà d'affirmer une sténose à l'extrémité du grêle. Mais quelquefois l'examen radiologique sans préparation ne montrera rien de particulier, soit que l'on se trouve en présence d'une sténose peu serrée, soit encore qu'il s'agisse d'un cancer cæco-valvulaire. Il faudra alors avoir recours aux autres examens.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE APRÈS REPAS OPAQUE

Il revêt toute son importance pour le diagnostic des formes iléo-valvulaires où il pourra donner des renseignements précieux et de grande valeur. Mais il n'est toutefois pas dénué de tout intérêt lorsqu'il s'agit de formes cæco-valvulaires ainsi que nous le verrons par la suite.

Précocément parfois, c'est-à-dire avant l'apparition d'un syndrome clinique d'occlusion, on pourra constater *un retard* de l'évacuation du grêle, six heures après l'ingestion de la bouillie barytée le cæcum n'étant pas encore rempli — sans qu'il soit possible toutefois sur

la seule constatation de ce signe, s'il reste unique, d'affirmer l'existence d'un néoplasme et de préciser son siège avec exactitude.

Plus significatif mais plus tardif aussi est *l'arrêt du repas* au niveau de la valvule que l'on peut observer en l'absence des signes cliniques d'une occlusion complète. Le déversement du contenu iléal dans le gros intestin étant gêné, il en résulte une *stase* plus ou moins accentuée *en amont*, avec *dilatation* qui peut être énorme *des dernières anses grêles*. Bensaude citant un cas de cancer valvulaire (*Les Maladies de l'intestin*) s'accompagnant de stase, fait remarquer que celle-ci n'était pas seulement provoquée par le rétrécissement de l'orifice valvulaire mais aussi par son insuffisance qui permettait le reflux du contenu cæcal dans le grêle, cette insuffisance étant bien mise en évidence par le lavement opaque. Cette dernière cause de stase nous paraît sujette à caution si l'on songe à la grande fréquence de l'imperméabilité de la valvule constatée au cours des examens radiologiques, en l'absence de toute lésion.

Parfois on pourra voir passer, à travers l'orifice valvulaire, un mince filet de baryte qui révélera ainsi l'amincissement de la terminaison du grêle et constituera alors un signe direct de grande valeur diagnostique.

D'autres fois, on retrouvera encore une image analogue à celle que nous avons décrite en étudiant l'examen radiologique sans préparation, image caractérisée par un aspect « en tuyaux d'orgue », le liquide retenu à différents niveaux étant constitué par de la baryte surmontée de gaz.

Cette dernière image constitue avec la dilatation des dernières anses grêles et l'arrêt du repas opaque à la

valvule de Bauhin des signes importants certes puisqu'ils permettent, en présence d'un syndrome d'obstruction chronique, de préciser le siège de celle-ci, mais ils ne présagent en rien de la nature de sa cause. On peut, en effet, observer des images absolument semblables dans le cas de phénomènes plastiques adhérentiels du carrefour iléo-cæcal.

Bien souvent donc, la radiologie elle-même serait impuissante à trancher le diagnostic si elle n'était étayée par les données cliniques.

Signalons, enfin, que lorsque le repas opaque arrivera dans le cæcum, il pourra montrer, outre les contractions péristaltiques qui correspondent aux contractions visibles par lavement, *des modifications du bas fond cæcal* qui auront d'autant plus de valeur qu'elles seront confirmées par l'examen au lavement opaque ou qu'elles coïncideront avec une tumeur ou une douleur localisée par la palpation. C'est dire que le repas opaque, ainsi que nous l'avions annoncé, n'est pas dénué de tout intérêt lorsqu'il s'agit de formes cæco-valvulaires.

Lavement opaque

Surtout utile, cela va de soi, dans les formes cæco-valvulaires où il pourra montrer des images caractéristiques, il apportera dans les formes iléo-valvulaires surtout une preuve négative permettant d'éliminer un obstacle colique ou cæcal.

Ainsi que l'a fait remarquer Bensaude dans son ouvrage sur *Les maladies de l'intestin* dans un chapitre consacré au diagnostic des cancers des côlons : « dans la recherche du cancer, pour tirer le meilleur parti de l'examen avec lavement, il convient que l'observation à l'écran ait lieu :

- a) pendant la pénétration du lavement;
- b) après le remplissage du gros intestin;
- c) après l'évacuation du lavement. »

Pendant la pénétration

On attribue classiquement une grande valeur à la *brusque interruption de la colonne opaque* lorsque celle-ci est permanente, lorsqu'elle persiste malgré l'augmentation de pression du liquide injecté et malgré l'emploi de certaines manœuvres usuelles ayant pour but de dépister les images spasmodiques, telles que le massage sous l'écran du segment intestinal où siège l'arrêt, les mouvements inspiratoires forcés. Il faudra attribuer à cette interruption de la colonne opaque une valeur encore plus grande si, de plus, la pression du liquide au point d'arrêt provoque une douleur avec envie d'aller à la selle ou si, à ce point, correspond une tumeur ou une zone douloureuse déterminée par la palpation et si, à cet arrêt, s'ajoute une distension anormale par le liquide opaque des segments sous-jacents.

Après le remplissage du gros intestin

On pourra trouver des *images lacunaires* qui, à condition d'être constantes, fixes, retrouvées à plusieurs examens sont le témoin de lésions certainement organiques, mais pas nécessairement cancéreuses, la tuberculose cœcale hypertrophique, la pérityphlite sténosante pouvant donner des images en tous points semblables. Là encore par conséquent, pour ne pas risquer de s'égarer, le diagnostic radiologique devra être étayé par les données cliniques.

Les images lacunaires pourront se présenter sous plusieurs formes. Il convient tout d'abord de distinguer les *lacunes partielles* et les *lacunes complètes*.

Lacunes partielles :

Soit simple encoche lorsque la lésion siège sur un bord cæcal, irrégulière, déchiquetée, parfois arrondie, soit zone moins sombre ou même complètement claire en pleine ombre cæcale lorsque la lésion siège sur une face. Lorsque la tumeur est plus étendue et très proliférante il peut ne plus subsister qu'un étroit filet baryté le long du bord opposé qui reste d'aspect normal. D'autres fois, enfin, la tumeur affectant une forme circulaire, un étroit courant de liquide opaque s'insinuant en son centre révélera deux lacunes latérales.

Lacunes complètes :

On se trouve alors en présence d'une image d'amputation cæcale, une partie plus ou moins importante du bas-fond cæcal n'ayant pas été rempli. Bien souvent de plus le segment sous-jacent se trouvera dilaté, cette distension excessive pouvant à elle seule, avec l'exagération du péristaltisme déjà attirer l'attention. La limite supérieure de l'image lacunaire complète peut être nette, linéaire, ou bien, au contraire, imprécise, dentelée, traduisant alors l'infiltration de la substance opaque à la surface du bourgeonnement.

Assez fréquemment on pourra constater l'existence d'une image de *Stierlin* caractérisée par l'évacuation du contenu cæcal dès qu'on interrompt le lavement. Classiquement attribuée à la tuberculose cæcale, elle a été observée dans le cancer par Bensaude, Quénu et

Widal. Cette image traduit seulement « l'intolérance de la muqueuse cœcale qui se constate dans différentes affections » (Bensaude).

Lorsqu'il s'agira des *formes iléo-valvulaires* du cancer de la valvule de Bauhin, le lavement baryté montrera tout d'abord que le côlon qui se distend normalement ne présente aucune irrégularité, aucune lacune, révélant par conséquent l'absence d'obstacle jusqu'au niveau de la valvule. A ce niveau le liquide opaque peut s'arrêter ou bien ne s'engager que par une pointe qui parfois dessinera un trajet irrégulier. Mais, ainsi que le fait remarquer Paul Carnot « il est difficile d'en conclure à une sténose étant donné l'imperméabilité fréquente de la barrière des apothicaires ». C'est donc surtout une preuve négative qu'apportera dans ce cas le lavement baryté, permettant ainsi d'éliminer un obstacle colique ou cœcal. Tout autre sera son intérêt dans les cas d'*invagination* du grêle dans le côlon, le lavement baryté dessinant en négatif le boudin d'invagination c'est une image caractéristique en cupule ou en trident que l'on observera alors, avec parfois un aspect d'amputation lacunaire de la terminaison du cæco-ascendant qui se trouve de ce fait raccourci. Ces images sont suffisamment caractéristiques pour permettre le diagnostic.

Nous voyons d'après tout ce qui précède que pour le diagnostic radiologique du cancer de la valvule de Bauhin il est utile, sinon nécessaire, d'utiliser successivement le repas opaque et le lavement opaque qui, chacun, donne des renseignements qui se contrôlent et se complètent l'un l'autre. Mais il n'est pas sans intérêt de pratiquer ces examens non plus successivement mais *simultanément* quand il subsiste le moindre doute

quant au siège, aux limites et à l'étendue de l'obstacle. On fait alors ingérer en premier lieu le repas et ce n'est que lorsqu'on aura constaté son arrêt qu'on administrera le lavement.

Il nous reste à étudier l'examen radiologique *après évacuation du lavement*. Il ne présente pas pour le diagnostic des cancers cæco-valvulaires un intérêt très grand, surtout si on l'utilise isolément, car il ne permet que d'une façon très inconstante de se rendre compte de l'état de la muqueuse intestinale. Son intérêt s'accroît notablement si on utilise la méthode dite du « *double contraste* », qui consiste à insuffler de 800 à 1.400 cc. d'air dans le côlon après évacuation du lavement opaque. Une couche mince et homogène de baryte dessine alors finement la muqueuse colique mise en valeur par la clarté gazeuse et peut ainsi révéler l'existence de tumeurs bourgeonnantes en traçant les contours.

Une autre méthode qui s'apparente à celle-ci est la méthode aux « *colloïdes de thorium* » qui utilise la propriété de précipitation au contact de la muqueuse des préparations colloïdales de sels de thorium.

En résumé, l'examen radiologique s'il peut seul orienter le diagnostic à la période de début et s'il apporte à la période d'état des précisions indispensables aux données cliniques en permettant de localiser le plus souvent très exactement le siège de la lésion ou de la sténose, est loin toutefois de fournir à lui seul un élément de certitude quant à la nature de la lésion. Il n'existe pas, en effet, d'image pathognomonique du cancer de la valvule iléo-cæcale. Les aspects qui sont donnés comme étant typiques et que nous avons décrits peuvent tout aussi bien se retrouver dans les cas de tuberculose

hypertrophique cæcale, de pérityphlite sténosante, qui peuvent donner en particulier de fort belles images lacunaires.

Les signes indirects de sténose du grêle les plus fréquemment retrouvés (dilatation des dernières anses, aspect « en tuyaux d'orgue ») peuvent être également provoqués par un processus plastique adhérentiel du carrefour iléo-cæcal, d'origine tuberculeuse ou inflammatoire.

Il en est d'ailleurs de même pour certains signes directs.

Un aspect moniliforme de l'iléon terminal par péricécrite rétractile, par exemple, pouvant être difficilement distingué d'une image de sténose néoplasique intéressant la même région.

Les données radiologiques ne pourront donc prendre toute leur valeur que si elles sont interprétées en fonction des données cliniques.

Ajoutons à ce principe général que, pour la précision du diagnostic, il importe d'associer les trois méthodes d'examen radiologique classiques :

- examen sans préparation ;
- examen après repas opaque ;
- examen après lavement opaque.

en ayant soin de pratiquer ces deux derniers examens, non plus successivement mais simultanément s'il subsiste le moindre doute quant au siège exact de la lésion.

Ajoutons, enfin, que, quel que soit le mode d'examen utilisé, il sera toujours profitable d'étudier comparativement par le *palper sous l'écran* l'étendue de la tumeur clinique, si tumeur il y a, de la lacune radioscopique et surtout d'apprécier le *degré de mobilité du côlon*, celui-ci étant toujours mobilisable tant qu'il n'existe pas une cause pathologique de fixité.

CONCLUSION

A la période de début le diagnostic du cancer iléo-cæcal ne peut être fait sans le secours de l'examen radiologique. L'erreur à éviter sera alors de prendre une discrète image lacunaire pour une encoche spasmodique. Une encoche retrouvée à plusieurs examens avec les mêmes caractères devant être considérée comme très suspecte et imposer une surveillance attentive.

A la période d'état, la symptomatologie beaucoup plus riche et plus précise rend le diagnostic clinique plus aisé.

L'existence d'un syndrome de Koenig typique chez un sujet âgé permettra le plus souvent de porter avec exactitude le diagnostic de cancer iléo-valvulaire; diagnostic qui sera confirmé par l'image radiographique « en tuyaux d'orgue » et la constatation d'un arrêt du repas opaque à la valvule de Bauhin avec dilatation des dernières anses iléales.

Le diagnostic des formes cæco-valvulaires se révélera parfois plus délicat surtout en l'absence de toute tumeur palpable. L'état général du malade, des douleurs, la diarrhée avec ou sans émission de glaires et de sang, pouvant être alors attribués à une colite, à une typhlite ou à une dysenterie.

C'est l'examen radiologique qui apportera les précisions nécessaires en révélant l'existence d'une lacune ou d'une image de Stierlin. Mais il convient de noter que même en présence d'une tumeur palpable et de

clichés radiologiques caractéristiques, les erreurs ne sont pas rares, ces derniers ne permettant pas toujours de trancher le diagnostic ainsi que nous avons pu le constater tout particulièrement en ce qui concerne les processus plastiques inflammatoires ou adhérentiels du carrefour iléo-cæcal et bien trop souvent encore le diagnostic exact ne sera fait qu'au cours de l'intervention.

QUELQUES OBSERVATIONS DUES A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR J. BAUMEL

OBSERVATION I

Madame G. D.

Mme G. D. d'Arles vient consulter le 5 avril 1943 pour douleurs en barre dans l'abdomen, vomissements alimentaires, comprenant quelquefois des aliments ingérés la veille. Le tout datant de six mois, bon appétit, pas de ballonnement d'estomac, pas de brûlures, pas de renvois, douleurs d'abdomen généralisées avec constipation, ni glaires, ni peaux, pas de sang; aurait maigri d'une vingtaine de kilogs depuis cinq ou six ans; quelques céphalées.

T. A.: 13-8.

P.: 54 kilogs 600.

A l'examen: Langue normale, denture moyenne, abdomen un peu volumineux, souple, syndrome de Koenig dans la fosse iliaque droite avec sensation de crampes douloureuses au moment de la production de ces syndromes. En cours d'examen le syndrome est tellement violent qu'il nécessite une piqure de Sédol. Foie et rate normaux. Rien à signaler aux autres appareils.

Examen radiographique du tube digestif

Estomac: Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui après absorption de 250 cm³ se situe au-dessous du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche, ni image lacunaire. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

Six heures après l'absorption de ces repas la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum: Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente. Les bouchées opaques y circulent avec facilité. Elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la deuxième portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, pas particulièrement douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

La rate est normale, le foie est peut-être légèrement augmenté de volume.

Intestin: Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée dans le gros intestin, mais la plupart du baryum se trouve dans les anses grêles. Ces anses grêles sont fortement dilatées surtout au voisinage de la valvule iléo-cæcale et dans les dernières portions de l'iléon. Il existe une image lacunaire nette au niveau du cæcum.

Cette image lacunaire empiète sur toute la partie inférieure de la région cæcale. C'est seulement au niveau de l'angle hépatique qu'on arrive à voir un cæcum à peu près normal. Il y a un peu de baryum dans le côlon transverse.

Un nouvel examen pratiqué plusieurs heures après ne permet pas de faire d'autres constatations. Il y a toujours l'image lacunaire de la région cæcale. Les anses grêles sont toujours dilatées et bien remplies.

Vingt-quatre heures après, il n'y a plus de stase iléale. Par contre, le cæcum ne se voit pas alors que toute la région cæcale supérieure, le côlon transverse, le côlon descendant, le côlon sigmoïdien, le rectum, sont remplis.

Diagnostic: Néoplasme cæcal à point de départ vraisemblablement au niveau de la valvule de Bauhin.

OBSERVATION II

M. J.

M. J. de Mazamet, 78 ans, vient consulter en avril 1941 pour des coliques excessivement violentes datant de quatre à cinq mois et se caractérisant non seulement par des douleurs très marquées mais par l'apparition d'une douleur du côté droit de l'abdomen.

Bon appétit, pas de ballonnement, pas de crampe, pas de brûlures gastriques, pas de nausées, pas de renvois, pas de douleurs en dehors des douleurs sus-mentionnées, constipation, pas de faux besoins. Aurait maigri de 10 kilogs. Aurait eu autrefois quelques coliques hépatiques. Rien à signaler aux autres appareils.

T. A.: 18-8.

P.: 57 kilogs.

A l'examen: Langue un peu sale, denture normale, rien d'anormal au niveau de l'abdomen en dehors de l'apparition de tumeur fantôme (syndrome de Koenig).

Examen radiographique du tube digestif (avril 41)

Région thoracique: Derrière l'écran on est frappé par l'augmentation de volume de la crosse aortique, qui déborde aussi bien dans sa portion ascendante à droite du sternum que dans sa portion descendante à gauche de ce même os. Le cœur n'a pas l'air d'être augmenté de volume. En tout cas il y a une dilatation générale qui n'a pas du tout le type d'ectasie.

Les poumons sont normaux.

Cholécystographie: Une injection intraveineuse de tétraïodophénolphtaléine ayant été pratiquée, la vésicule ne se voit pas. Elle ne présente pas au niveau de la région où elle devrait être visible d'ombres calculeuses appréciables. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Un nouvel examen pratiqué plusieurs heures après ne permet pas de faire d'autres constatations. Par contre, on constate la présence d'une petite concrétion sur la face externe de l'hypocondre droit, bien en dehors de la région vésiculaire, voire même de la région rénale. Cette concrétion est opaque d'une façon homogène, c'est probablement un ganglion calcifié.

Estomac: Derrière l'écran, la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui, après absorption de 250 cm³ se situe à peu près sur le niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme

nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche, ni image lacunaire; les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables; ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

Six heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum: Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente, les bouchées opaques y circulent avec facilité; elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la deuxième portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Une étude des plis de la muqueuse gastro-duodénale montre que ces derniers sont tout à fait normaux.

Intestin: Six heures après l'absorption de ce repas, la tête de colonne opaque est à peine arrivée jusqu'au niveau du cæcum. Il y a une stase iléale assez marquée. On voit l'abouchement iléo-cæcal.

Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum. Le cæcum est bien rempli, mais il présente quelques déformations au niveau de sa partie inférieure et il présente également une déformation sur son bord interne. Il y a une stase iléale très importante, dont on se rend mieux compte d'ailleurs lorsque l'on fait aller M. J. à la selle. On voit lorsque le rectum est complètement évacué, les dernières anses grêles remplies. Elles sont en nombre assez important, elles présentent même des portions dilatées. La pression profonde à ce niveau n'est pas particulièrement sensible.

On décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté: La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum qui se remplit normalement, de là elle passe ensuite dans l'anse sigmoïde, dans le côlon descendant, arrive au niveau de l'angle splénique et remplit à peu près le transverse. Sur tout le cadre colique imprégné par le lavement on ne voit pas d'image lacunaire. On décide dans ces conditions d'attendre quelques heures et de voir, le lavement étant rendu, comment se sont comportés le cæcum et la stase iléale.

Un nouvel examen pratiqué plusieurs heures après montre que la stase iléale persiste toujours. Elle montre que le cæcum est toujours déformé sur son bord interne et dans son bas-fond.

Diagnostic: Sténose relative de la région cæcale. Il faut éliminer l'élément spasmodique pour pouvoir affirmer qu'il existe un élément organique; dans ce but un traitement antispasmodique est essayé pendant quinze jours. M. J. sera revu après.

Examen radiographique de l'intestin (mai 1941)

Les repas barytés ayant été pris 16, 11 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum. Mais le rectum est à peu près vide. Il y a une stase iléale assez marquée. Le rectum est rempli et le descendant et le transverse se voient.

Un nouvel examen pratiqué plusieurs heures après fait faire les mêmes constatations. Dans ces conditions et M. J. étant allé à la selle, on décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté: La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum qui se remplit normalement. De là

elle passe ensuite dans l'anse sigmoïde, dans le côlon descendant, remplit le transverse et arrive au niveau de l'angle hépatique. On remarque de nombreux mouvements antipéristaltiques pour faire pénétrer le baryum dans le cæcum mais sans aucun résultat.

Un examen pratiqué trois heures après le lavement ayant été rendu, la stase iléale a disparu; le cæcum par contre s'est rempli et l'on constate une image lacunaire au niveau du cæcum.

Opéré fin mai 1941, le chirurgien malheureusement ne fait pas une colectomie partielle bien qu'il ait trouvé un néoplasme siégeant au niveau de la valvule iléo-cæcale, petit, non adhérent, extirpable. Il se contente d'une iléo-sigmoïdostomie.

A l'heure actuelle, M. J. est en parfaite santé.

OBSERVATION III

M. D. S.

M. D. S. vient consulter le 17 septembre 1941 pour des troubles gastriques caractérisés par des douleurs internes avec crampes et constipation.

A l'interrogatoire: Bon appétit, ballonnement, nausées, selles constipées; ni glaires, ni peaux, pas de sang. Hernie inguinale droite. Aurait maigri de 10 kilogs.

T. A.: 12,5-7.

A l'examen: Langue sale, état général moyen, abdomen souple, syndrome de Koenig au niveau de la fosse iliaque droite. Ce malade qui avait consulté en août 1941 avait été classé comme névrosé intestinal.

Examen rectoscopique: Le tube rectoscopique pénètre à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le

fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 23 cm. de l'anus. Sur tout le trajet la muqueuse est un peu rouge. On ne voit pas d'ulcération, ni de néoformation.

Un cathétérisme rétrograde pratiqué en retirant le tube ne permet pas de faire d'autres constatations. Lorsqu'on est arrivé au niveau de la région sous-sphinctérienne on ne voit pas d'hémorroïdes importantes. On note simplement la présence de quelques papilomes.

Examen radiographique du tube digestif

Estomac: Derrière l'écran, la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui après absorption de 250 cm³ se situe au-dessus du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire; elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche, ni image lacunaire. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables; ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

Six heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum: Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente, les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la deuxième portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, pas douloureux à la pression profonde.

On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Le foie est normal; la rate n'est pas augmentée de volume.

Intestin: Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du côlon transverse. Il y a une stase iléale énorme et l'on pourrait prendre la partie inférieure de l'iléon pour le rectum. On voit bien l'abouchement iléo-cæcal. Le cæcum est normal, pas augmenté de volume, relativement peu mobile. Il n'est pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas d'image lacunaire à son niveau.

Un nouvel examen pratiqué six heures après fait faire les mêmes constatations. La stase iléale est aussi importante. Trente-neuf heures après la dernière prise de baryum toutes les anses iléales se voient ainsi que l'abouchement iléo-cæcal. Les anses grêles sont extrêmement dilatées, leurs diamètres est trois à quatre fois supérieur au diamètre normal.

Diagnostic: Néoplasme de la valvule iléo-cæcale.

Opéré avec colectomie partielle qui a montré un néoplasme au point de départ iléo-cæcal, ayant gagné une partie du cæcum.

Revu le 26 mai 1942, a gagné 10 kilogs.

Revu encore en 1943, état somptueux; n'a plus de malaise, a gagné encore 2 kilogs.

OBSERVATION IV

M. C. F.

M. C. F., 78 ans, de Montpellier, vient consulter en décembre 1938 pour troubles digestifs, caractérisés par l'apparition depuis six mois de douleurs abdominales,

avec perte d'appétit et même anorexie à peu près totale; ballonnement, pas de brûlure, pas de crampe, pas de vomissement, pas de nausée. Douleurs abdominales gauches, selles difficiles, mais moulées, faux besoins. Rien à signaler aux autres appareils. Aurait eu en 1942 quelques coliques néphrétiques.

T. A.: 10-7.

P.: 50 kilogs.

A l'examen: Etat cachexique, ballonnement avec tumeur fantôme (syndrome de Koenig). Rien à signaler aux autres appareils. Pas de clapotage abdominal.

Examen radiographique du tube digestif

Estomac: Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui après absorption de 250 cm³ se situe au-dessus du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Mais le corps de l'estomac est complètement déformé, il est rejeté sur la partie externe de l'hypocondre gauche par des zones de dilatation gazeuse de l'intestin. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche, ni image lacunaire. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables; ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

Six heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum: Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la deuxième portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien

mobiles; ils ne sont pas particulièrement douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Intestin: Les repas barytés ayant été pris 22, 16 et 10 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du côlon descendant. Le cadre colique se voit presque jusqu'au niveau du rectum. Le cæcum est à peu près normal, pas augmenté de volume. Le côlon transverse et le côlon descendant ont un calibre beaucoup plus réduit que ce qu'il faudrait. Par contre on constate la présence d'une masse iléale importante, très opaque qui contient une quantité considérable de baryum et qui semble être accolée au rectum. Cette masse est peu mobilisable, légèrement douloureuse. L'abouchement iléo-cæcal se voit mal.

Un nouvel examen pratiqué plusieurs heures après ne permet pas de faire d'autres constatations. Dans ces conditions on décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté: La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum qui se remplit normalement et qui se dilate fortement mais qui paraît normal. Puis elle vient rejoindre, sans grande difficulté, semble-t-il, l'anse sigmoïde et le côlon descendant qui présentaient le calibre réduit dont nous avons parlé. Elle chemine ensuite facilement à travers le côlon transverse et le cæcum. La masse iléale ne subit aucune modification. On constate par l'examen du cliché que les zones de dilatation intestinale par la présence anormale de gaz sont des anses grêles.

Un toucher rectal pratiqué permet d'explorer le rectum d'une façon parfaite; on ne sent aucune néoformation rectale. Mais à travers la paroi rectale droite on sent, en haut et un peu en avant, une masse irrégulière

qui rappelle tout à fait la masse grêle vue en radiographie.

Diagnostic: Sténose de la valvule de Bauhin avec semi-occlusion.

OBSERVATION V

M. G. R.

M. G. R. du Caylar vient consulter pour la première fois en 1933: Diagnostic vérifié opératoirement. Cholé cystite lithiasique. Cholécystectomisé par le professeur Gosset de Paris la même année. Suites opératoires excellentes.

Revu en janvier 1935 pour spasmes intestinaux. Crise de subocclusion.

Revu ensuite à plusieurs reprises entre autre en mai 1937.

Examen radiographique du tube digestif (mai 1937)

Estomac: Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui, après absorption de 250 cm³ se situe bien au-dessus du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. L'estomac est assez déformé, on se rend compte qu'il est adhérent. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche, ni image lacunaire. Les différents segments gastriques sont peu mobiles et pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

Six heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum: Le bulbe duodénal se remplit bien, il est en situation rétro-pylorique. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la deuxième portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont peu mobiles mais pas douloureux à la pression profonde.

Une étude attentive des plis de la muqueuse gastro-duodénale montre que ces derniers sont tout à fait normaux. Il n'y a absolument aucune altération pathologique.

On se rend compte qu'il y a dans l'intestin une quantité d'air assez importante surtout au niveau de l'angle splénique.

Le foie n'est pas augmenté de volume; il est normal comme opacité on ne voit pas d'ombres calculeuses dans son intérieur.

Intestin: Six heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique étant évacuée, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du milieu du côlon transverse. Le cæcum est bien rempli; il est gros, bien opaque. Les portions visibles du côlon descendant sont à peu près normales.

Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau de l'angle splénique, on voit même quelques parcelles du côlon descendant. On se rend compte qu'au niveau de l'angle splénique il existe des anses en quantité considérable qui sont remplies d'air et qui forment des boucles importantes en ce point là. La région appendiculaire n'est pas particulièrement douloureuse, elle

est un peu sensible. Il n'y a pas de sensibilité spéciale au niveau du côlon transverse; l'appendice ne se voit pas.

Un nouvel examen pratiqué plusieurs heures après montre que la situation est restée la même. Dans ces conditions on décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté: La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum qui se remplit normalement. De là elle passe ensuite dans l'anse sigmoïde, dans le côlon descendant, arrive au niveau de l'angle splénique et rejoint le côlon transverse. La région splénique est grosse, le côlon descendant forme des boucles en quantité considérable, le calibre de l'intestin à ce niveau est très augmenté de volume et ses boucles sont difficilement dissociables. En aucun point on ne voit d'image lacunaire. On décide de faire un nouvel examen, le lavement étant rendu.

Après évacuation du lavement on se rend compte que l'intestin présente des inégalités de calibre importantes. Ces inégalités siègent au niveau du côlon descendant en grande partie, mais les portions du côlon transverse qui avoisinent le côlon descendant sont très fortement dilatées.

Diagnostic: Périviscérite chez un malade ayant été cholécystectomisé et ayant surtout son maximum d'intensité au niveau des anses intestinales.

Revu en juillet 1938, se plaint de renvois acides, de brûlures gastriques et d'émissions de selles liquides. Présente au niveau de la fosse iliaque droite un syndrome de Koenig important.

Nouvel examen radiographique

Lavement baryté: Derrière l'écran le rectum se remplit bien ainsi que l'anse sigmoïde. Ces portions se remplissent lentement mais en aucun point on ne voit d'image lacunaire. On est frappé par le développement considérable de l'anse sigmoïde aussi bien en longueur qu'en largeur. Le côlon descendant lui aussi se remplit bien, il ne présente pas la moindre anomalie. Le côlon transverse est normal, mais le remplissage intestinal se fait toujours avec une lenteur presque désespérante. Pendant que le lavement chemine lentement on voit que certaines portions sont le siège de spasmes assez marqués et qu'il vient au niveau de l'angle hépatique avant que le cæcum ne soit visible; puis le cæcum se remplit à peu près, sauf au niveau de sa partie inférieure. On est alors obligé pour réaliser le remplissage de cette portion de faire lever le malade et de le faire circuler, on est même obligé de le mettre en position de Trendelenburg. Finalement le cæcum étant bien plein on se rend compte que la partie inférieure est séparée des autres portions par une région fortement spasmée. Les contours de cette zone inférieure du cæcum sont flous et montre qu'ils sont enserrés par des adhérences, comme d'ailleurs tout le cæcum lui-même. La région appendiculaire est un peu sensible, mais la sensibilité n'est pas nettement localisée au niveau de l'appendice. Il y a donc à ce niveau surtout de la périviscérite. En aucun point on ne voit d'image lacunaire.

Diagnostic: Méga-côlon avec périviscérite cæcale nettement marquée et prédominant au niveau de la région iléo-cæco-appendiculaire.

Opération d'urgence en juillet 1938 après l'examen radiographique. Néoplasme de la valvule iléo-cæcale, colectomie partielle enlevant une partie du cæcum. Examen histologique montrant qu'il s'agit d'un épithélioma typique. Mais après, le malade qui a repris du poids, se trouve parfaitement équilibré.

Poids : 55 kilogs. Augmentation de 8 à 10 kilogs.

OBSERVATION VI

Docteur J. R.

Docteur J. R., 63 ans, d'Albi, vient consulter en mai 1932. Soigné peu auparavant pour une colibacillose. Se plaint actuellement depuis deux ou trois mois de troubles gastriques, avec amaigrissement et vertiges, anorexie totale, pas de ballonnement, pas de brûlure, pas de vomissement, douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite. Aurait expulsé des anneaux de tænia. Rien à signaler au niveau des autres appareils.

T. A. : 17-8.

P. : 47,500.

A l'examen : Langue sale, abdomen normal, sensation d'empâtement au niveau de la fosse iliaque droite, avec syndrome de Koenig.

Examen rectoscopique : Le tube rectoscopique pénètre avec assez de facilité à travers le sphincter anal, on le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 35 cm. de l'anus.

Sur tout le trajet on ne voit pas la moindre néoformation, on ne voit pas non plus d'ulcération. Les parois sont un petit peu rouges, vernissées surtout au niveau de la région sigmoïdienne, il y a quelques glaires.

Un cathétérisme rétrograde pratiqué en retirant le tube ne permet pas de faire d'autres constatations.

Lorsqu'on est arrivé au niveau de la région sous-sphinctérienne on constate la présence d'un bourrelet hémorroïdaire.

Examen radiographique du tube digestif

Foie: 14 heures après une ingestion de poudre de Foriod, la vésicule n'est pas visible, le foie paraît être notablement abaissé, il n'est pas augmenté de volume, il est bien homogène, la pression profonde au niveau de la région vésiculaire n'est pas particulièrement sensible.

Estomac: Du baryum pris extemporanément pour voir les rapports de l'estomac d'avec la vésicule montre que la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui, après absorption de 250 cm³ se situe un peu au-dessus du niveau des crêtes iliaques.

La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire; elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche, ni image lacunaire. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas douloureux à la pression profonde.

Six heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum: Le bulbe duodéal se remplit bien; il ne présente aucune anomalie, les bouchées opaques passent facilement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la deuxième portion duodénale où

elles subissent un transit normal. Ces segments cependant sont moins mobiles qu'il ne faudrait; on ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Intestin: Six heures après l'absorption de ce repas, la tête de colonne opaque est à peine arrivée au niveau de la valvule de Bauhin. Les dernières anses iléales se voient parfaitement; elles sont relativement peu mobiles, elles ne sont pas particulièrement sensibles à la pression.

De nouveaux examens pratiqués plusieurs heures après montrent que la situation est restée la même.

Un nouvel examen pratiqué quatre ou cinq heures après, fait voir que le cæcum a été franchi et que la tête de colonne opaque se trouve dans la dernière portion du côlon transverse et du côlon descendant.

Le cæcum se voit mal; il ne se dessine pour ainsi dire pas, il y a à peine un peu de baryum dans sa partie inférieure. La pression profonde à son niveau n'est pas plus sensible qu'ailleurs; mais ces régions ne sont pas facilement mobilisables. La portion du côlon transverse où commence la bouillie barytée est légèrement spasmée.

L'angle splénique est en bonne place. Le côlon descendant ne présente pas d'anomalie appréciable, pas plus que l'anse sigmoïde et que le rectum.

De nouveaux examens répétés font faire absolument les mêmes constatations, on ne peut pas arriver à voir la partie supérieure du cæcum, l'angle hépatique et la première portion du côlon transverse.

Dans ces conditions, on décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté: La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum qui se remplit de façon normale

ainsi que l'anse sigmoïde, le côlon descendant et les dernières portions du côlon transverse.

Mais lorsque la tête de colonne opaque est arrivée à peu près au niveau du milieu du côlon transverse, M. R. se plaint de coliques excessivement violentes; d'ailleurs on se rend compte que la tête de colonne opaque du lavement n'avance pas du tout. Les portions intestinales qui sont situées en amont se dilatent de façon assez considérable, mais la première portion du côlon transverse n'est plus visible que par le procédé des repas opaques.

Dans ces conditions, on décide de redonner un nouveau repas opaque et de suivre le transit intestinal heure par heure.

On voit très bien la stase iléale qui avait été précédemment notée; on ne peut saisir le moment où la cavité cæcale et la première portion du côlon transverse se remplissent. Plusieurs radiographies prises de cette région là montrent qu'on peut apercevoir les plis de la muqueuse à ce niveau, mais il n'est pas possible d'avoir ces portions en état de réplétion complète.

La pression profonde n'est toujours pas particulièrement sensible, bien que ces régions soient cependant peu mobilisables.

Dans les autres points de l'intestin on ne voit pas la moindre image où on ne trouve pas de baryum.

Examen des selles: Ni parasites, ni œufs, ni kystes; pas d'amidon, ni de débris graisseux anormaux; fibres non digérées assez abondantes; *leucocytes nombreux*; pas de cristaux.

Diagnostic: Néoplasme cæcal.

Le malade ne s'étant décidé que trop tard à l'opération, meurt quelques semaines après.

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT. — Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs de la valvule iléo-cæcale. *Thèse Marseille*, 34-35.

BAUMEL (J.). — Pratique gastro-entérologique. Doin et Cie, Paris, 1943.

BAUMEL (J.) et GODLEWSKI (M.). — Découverte d'un néoplasme du bas-fond cæcal et de la valvule de Bauhin au cours d'une intervention. Séance du 23 juin 1939. *Arch. Société des Sciences méd. et biol. Montpellier-Languedoc*, fasc. X, octobre 1939.

BENSAUDE, BOLTANSKI et GUENEAUX. — Maladies de l'intestin, tome II, « Cancers des côlons ».

BORCHARD. — Cancer iléo-cæcal. *Zentralblatt für Chirurgie Leipzig*, n° 11, mars 1937.

BROCHER. — Invagination iléo-cæcale par cancer. *Revue méd. de Suisse romande*, 48: 50-53, janv. 28.

CARNOT (P.). — Cancer de la valvule iléo-cæcale. *Paris méd.*, 1, 308-314, 5 avril 1930.

CLERICQ. — Le cancer de la valvule iléo-cæcale. *Gaz. des Osp.*, 51, 587, 1930.

CUGNIER. — Cancer de la valvule iléo-cæcale. *Thèse de Paris*, 1917.

DESMARET. — Cancer du cæcum. *Thèse de Paris*, 1908.

DUVERGY. — Cancer du cæcum. *Gaz. hebd. Sciences méd. de Bordeaux*, 31 janvier 1910.

Encyclopédie médico-chirurgicale. — Cancer du côlon droit.

FEISSLY. — Communication à la Soc. de gastro-entérologie de Paris. Séance du 13 décembre 1926.

In *Arch. des mal. de l'app. digestif*, 1927, p. 62.

GOSSET (J.). — Cancer du côlon droit. Paris, 1933.

HARTMANN et RENAUD. — Cancer et tuberculose du cæcum. *Bull. Ass. française pour étude du Cancer*, 10, 297-303, 1921.

OCKINCZYC. — Cancer de l'intestin.

PAUCHET (V.). — Cancer du cæcum. *Prat. Chir. illustrée*, fasc. IV, p. 141-164. Doin, Paris, 1926.

VIANNAY (Ch.). — Un cas de cancer primitif de la valv. iléo-cæcale. In *Bull. Soc. de Chir., Paris*, 1921.

TABLE DES MATIÈRES

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	7
LE DIAGNOSTIC CLINIQUE	10
LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE	29
CONCLUSIONS	38
OBSERVATIONS	40
BIBLIOGRAPHIE	59

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre:

Le diagnostic du cancer iléo-cæcal
par FISCHER (Jean)

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 5 juin 1943.

Le Professeur:

BAUMEL

Vu:

Montpellier, le 5 juin 1943.

Le Doyen:

G. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 7 juin 1943.

Le Recteur:

Jean SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions
émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être consi-
dérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner
ni approbation ni improbation.

